



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ROSALBA MARICELA DURAN VENEGAS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Rosalba Maricela Duran Venegas**

Correo electrónico institucional: **leo6dv@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Primaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Primaria General Lazaro Cardenas**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **28 de Junio de 1991**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Federal Justo Sierra**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **8 de Julio de 1994**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Universidad Autonoma del Estado de Mexico
Preparatoria Texcoco**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **18 de Septiembre de 1997**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciado en Enfermería**

Institución educativa: **Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia ipn**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Junio de 2001**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Domicilio del empleo, cargo o comisión: **México**

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Esquina Oriente 171 Norte 94**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Número interior: **0**

Área de adscripción: **C.S. T-Ii la Esmeralda**

Número exterior: **0**

Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **no**

Colonia/Localidad: **la Esmeralda**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General Titulada c**

Código postal: **07540**

Especifique función principal: **Otro - Atencion al Paciente**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2001**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

No aplica

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **498,401.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **0.00**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **498,401.00**